

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON.

Année scolaire 1898-99. — N° 116.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
SARCOMES MELANIQUES
DU PIED

THESE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 12 Avril 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charidimos RISOS (Hellène)

Né le 27 Mars 1874, à Varna (Bulgarie).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Avril 1899

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-99. — N° 446.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
SARCOMES MÉLANIQUES
DU PIED

THESE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON.

Et soutenue publiquement le 12 Avril 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charidimos RISOS (Hellène)

Né le 27 Mars 1874, à Varna (Bulgarie).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Avril 1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES
MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.	GAYET.
Physique médicale.	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.	MONOYER.
Matière médicale et Botanique.	HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.	CAZENEUVE.
Anatomie.	FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.	LORTET.
Physiologie.	TESTUT.
Pathologie interne.	RENAUT.
Pathologie externe.	MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	TEISSIER.
Anatomie pathologique.	AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.	TRIPIER.
Médecine légale.	POLLOSSON (M.)
Hygiène.	ARLOING.
Thérapeutique.	LACASSAGNE.
Pharmacie.	BARD.
	SOULIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes.	LAROYENNE.
---	------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	WEILL, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, agrégé.
Accouchements.	POLLOSSON (A.) —
Botanique.	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	ROLLET.	DURAND.	PAVIOT.
BONDAMIN.	ROUX.	DOYON.	NOVE-JOSSERAND
COURMONT.	COLLET.	BARRAL.	BÉRARD.
DEVIC.	BOYER.	MOREAU.	BORDIER.
POLLOSSON (A.)	VALLAS.	PIC.	SAMBUÇ.
ROCHET.	SIRAUD.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LAROYENNE, *Président*; M. GANGOLPHE, *Assesseur*;
MM. ROCHET et SIRAUD, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être consacrées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MES PARENTS

A MARKA

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR LAROYENNE

INTRODUCTION

En suivant le service de M. Gangolphe chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de Lyon, nous eûmes l'occasion de voir au n° 12 de la salle Sainte-Marthe un malade portant une tumeur située à la face plantaire du pied droit, près du bord interne, de nature mélanique.

Le cas nous a paru propice comme sujet de notre thèse inaugurale, et nous avons entrepris sous l'instigation de M. Gangolphe ce travail.

C'est au point de vue clinique que cette étude nous a paru intéressante, aussi insisterons-nous surtout sur l'évolution et la marche de la maladie, ainsi que sur les indications thérapeutiques.

Que M. Gangolphe reçoive ici l'expression de notre profonde reconnaissance pour la bienveillance avec laquelle il nous a guidé dans ce travail, et pour les conseils qu'il nous a maintes fois donnés.

M. le professeur Laroyenne nous a fait l'insigne

honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous lui serons à jamais reconnaissant.

Enfin, que nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux de Lyon reçoivent ici l'assurance de notre reconnaissance pour l'enseignement qu'il nous ont toujours prodigué.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
SARCOMES MÉLANIQUES
DU PIED

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE

Des sarcomes du pied, la variété mélanique paraît être celle que l'on observe le plus souvent.

Il semble résulter des observations recueillies que cette affection atteint les personnes ayant dépassé l'âge moyen de la vie. Il est rare, en effet, de la voir au-dessous de quarante ans.

On a rencontré cette affection aussi souvent chez l'homme que chez la femme.

L'influence de l'état constitutionnel sur le développement du sarcome n'est pas admise par tous les auteurs. Par contre, les causes locales paraissent jouer un rôle prépondérant.

En effet, en nous rapportant aux observations citées dans le cours de cette étude, nous constatons que l'évidence de l'influence traumatique existe presque toujours ; chez les uns, c'est une chaussure trop serrée, chez les autres une piqure produite par une épine ; chez le malade de

M. Gangolphe, c'est par une talure de la face plantaire que le mal a débuté. Broca cite deux cas dans lesquels, à la suite d'une forte contusion, se développa un sarcome mélanique. Malgré tout, cette question d'étiologie appelle de nouvelles recherches.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE

Le sarcome mélanique du pied, tout à fait au début, n'offre pas une symptomatologie claire et précise ; cela tient à ce qu'on assiste rarement au développement primitif de la tumeur, et on est obligé, pour se guider, de se fier aux déclarations des malades.

Nous allons essayer cependant, soit d'après ce que nous avons pu observer nous-même, soit d'après les quelques cas publiés par différents auteurs, de tracer les principaux signes qu'on observe dans le cours de la maladie qui nous occupe.

Les malades accusent comme début de leur affection, à une époque plus ou moins éloignée, des faits sans importance, mais de nature, pour la plupart du temps, traumatique.

Ainsi dans l'observation de M. Gangolphe (n° I), nous voyons que le mal a débuté il y a douze ans par une talure qui, par suite d'une longue marche, se fendit. Cette fente se referma et, à partir de ce moment, la région blessée se tuméfia et augmenta chaque année insensiblement.

Nous remarquons également le même processus dans l'observation prise dans le service de M. le professeur

Ollier (n° II) où le mal a débuté deux ans auparavant par un durillon, développé entre le premier et le deuxième orteil, que le malade coupait jusqu'à effusion sanguine.

Dans d'autres cas, c'est un clou de chaussure blessant le pied qui tient place de début.

Cela ressort de l'observation de Lancereaux et Dubreuil (n° IX).

D'autres fois, par le fait d'un soulier qui blesse ou par une autre cause qui provoque un frottement continu, on peut voir subvenir une inflammation au pourtour de l'ongle. Au bout de quelque temps, l'épiderme se rompt et met à nu une surface bourgeonnante, fongueuse, qui ne tend pas à se cicatriser. Cela se voit très bien dans l'observation d'Hutchinson (n° IV) où l'affection revêtait la forme d'un simple onyxis, erreur très grave pour l'avenir du malade.

Mais il ne faudrait pas cependant croire que les choses se passent toujours ainsi.

« Hebra, sous le nom de sarcome pigmentaire cutané, décrit une variété caractérisée par des nodosités du volume d'un grain de blé ou d'un pois, colorées en brun ou violacé. Tantôt elles sont isolées, tantôt elles se réunissent et forment des plaques dont le centre s'affaisse et laisse une dépression cicatricielle colorée par un pigment foncé. L'ulcération et l'envahissement ganglionnaire ne surviennent que tardivement.

« Le début a lieu au niveau des pieds, mais des tumeurs semblables se montrent aux mains et sur différents points du corps et la généralisation entraîne la mort dans l'espace de deux ou trois ans. »

Ce mode de début se retrouve d'une façon très nette dans l'observation de M. Ozenne (n° VIII).

Quel que soit pourtant le début du sarcome mélanique, on se trouve au bout de quelque temps en présence d'une ulcération qui, loin d'aboutir à la cicatrisation comme une plaie ordinaire, revêt au contraire un aspect assez caractéristique : sur ses bords indurés, on remarque des dépôts de pigment d'une couleur foncée, présentant l'aspect d'une masse truffée.

Suivant le cours de la maladie, on voit apparaître avec l'ulcération des bourgeons charnus de coloration noirâtre saignant facilement et contribuant ainsi à la cachexie.

Plus tard, la marche de la lésion aboutit à la formation d'une tumeur de forme variable et c'est à cette époque que les malades se plaignent de douleurs surtout nocturnes, s'irradiant le long des membres inférieurs.

Ce sont là les différents troubles locaux que les sarcomes occasionnent par leur évolution.

Mentionnons enfin deux signes observés par Quénu qui, tout en n'étant pas constants, n'en sont pas moins intéressants, existant surtout dans les néoplasmes à marche rapide : l'élargissement, c'est-à-dire des veines cutanées, et l'élévation de la température locale qui peut avoir une différence d'un à deux degrés avec le membre correspondant.

Dans la forme mélanique du sarcome que nous sommes en train d'étudier, le système lymphatique serait fréquemment atteint ; d'ordinaire, les tissus des ganglions se montrent chargés de pigment, comme la tumeur primitive.

Nous avons vu que la lésion locale présente en général peu de tendance à envahir les parties voisines, pour un temps qui peut quelquefois être très long. Malgré cette apparence de bénignité, de nouvelles productions ne tar-

dent pas à se développer sur le trajet des lymphatiques.

On voit apparaître, surtout dans l'aîne, des tumeurs arrondies, siégeant dans les ganglions lymphatiques de la région. Ces masses ganglionnaires acquièrent un développement considérable ; la peau qui les recouvre, distendue outre mesure, laisse souvent voir à travers son épaisseur la coloration plus ou moins noirâtre du tissu morbide. Au bout de quelque temps, la généralisation envahit la plupart des organes de l'économie.

C'est justement le point sur lequel nous appelons l'attention, c'est-à-dire sur le développement rapide de ces tumeurs secondaires, comparé à la marche lente et peu inquiétante de la lésion primitive.

L'observation de Lancereaux et Dubreuil ainsi que celle de M. Ozenne sont absolument démonstratives à ce sujet.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Prise dans le service de M. Gangolphe.)

P. R..., âgé de quarante-huit ans, cultivateur, entré le 13 février 1899 dans la salle Sainte-Marthe, n° 12. Antécédents personnels négatifs (bubon il y a 25 ans). Début de l'affection il y a environ douze ans. Le malade était à ce moment porteur d'une talure à la face plantaire sous la tête du cinquième métatarsien qu'il coupait quelquefois.

Après une course de trois jours, cette talure se fendit, devint douloureuse et la fente laissait voir le derme nu et cruenté. Cette fente se referma et, à partir de ce moment, la région blessée se tuméfia et augmenta chaque année insensiblement, mais cette tumeur ne le gênait aucunement puisqu'il guidait les touristes dans les montagnes sans en être incommodé.

Son soulier portait à cet effet une excavation destinée à recevoir la tumeur. Par deux fois apparut à la surface de la tumeur un point noir qu'il gratta et qui laissa écouler la première fois une ou deux gouttes de sang noir, et la seconde fois il sortit environ un litre de sang vermeil. L'hémorragie s'arrêta.

Le 14 janvier 1899, le malade resta sept heures les pieds dans l'eau; une énorme épaisseur d'épiderme s'exfolia et, à partir de ce moment, il ressentit des douleurs lancinantes et insupportables qui durèrent encore, mais la nuit seulement.

Actuellement, nous nous trouvons en présence d'une tumeur largement pédiculée située à la face plantaire du pied droit près du bord externe. Cette tumeur, de la grosseur d'une orange, est recouverte par une peau à aspect à peu près normal. Autour de sa surface d'implantation se détachent des lambeaux d'épiderme mortifié.

Au centre de la tumeur, on note la présence d'un orifice autour duquel la peau semble soulevée sur une largeur de 3 à 4 centimètres. Cet orifice laisse échapper une sérosité jaunâtre qui s'échappe continuellement à petite quantité.

Des douleurs lancinantes vives, surtout la nuit, occupent le siège de la tumeur. A la pression, celle-ci est indolore. Des douleurs lancinantes remontent le long de la jambe les jours où le malade se lève. Mais depuis son entrée à l'hôpital elles ont cédé au repos. La surface de la tumeur présente quelques points noirs qui paraissent être d'origine mélanique. Opéré le 20 janvier.

NOTA. — L'examen histologique confirma la nature mélanique de la tumeur.

OBSERVATION II

(Prise à l'Hôtel-Dieu de Lyon, service de M. le professeur Ollier, salle Saint-Sacerdos, n° 94.)

Le nommé A..., né à Moissau (Cantal), âgé de cin-

quante-sept ans, est entré à l'Hôtel-Dieu le 20 novembre 1870.

Pas d'antécédents syphilitiques, ni rhumatisme, ni scrofule. Pendant longtemps le malade a été adonné à la boisson et a éprouvé le tremblement caractéristique de l'alcoolisme. Mais ce symptôme ne durait pas longtemps et ne survenait guère que le lendemain du jour où il s'était livré à la boisson. A part cela, il n'a jamais eu de maladie grave. Il présente sur le corps quelques taches pigmentaires non saillantes, qu'il a toujours eues. Il y a deux ans, il coupa un durillon qui s'était développé entre le gros et le deuxième orteil ; cette opération, maintes fois répétée impunément, finit par enflammer la région, à la suite d'une excision portée jusqu'à l'effusion du sang ; celui-ci continua à couler pendant quelque temps. Le malade travaillait toujours. L'écoulement sanguin fit place à un écoulement purulent qui dura assez longtemps, jusqu'au moment où le malade fut contraint, par la douleur, à entrer à l'hôpital.

On cautérisa la petite plaie au fer rouge. Il ne présentait encore rien de semblable à ce qui existe actuellement. Il resta deux mois à l'hôpital, pendant lesquels on ne fit que réprimer l'exubérance de bourgeons charnus au moyen du nitrate d'argent. Il en sortit guéri. Il se remit au travail et, après trois mois, sous l'influence d'un effort, la plaie se rouvrit. La plaie s'ulcéra et envahit les régions voisines ; sur le bord de l'ulcère, à la plante du pied, apparut alors une première tumeur dure, noirâtre, indolente. D'autres tumeurs se développèrent, toujours au voisinage de la plaie, au fur et à mesure que l'ulcération se développait. Quand le malade les piquait, il en sortait du sang un

peu plus épais et plus noir que d'habitude. L'ulcération était inégale, bosselée, taillée à pic. La jambe alors commença à enfler ; à mesure les tumeurs apparaissaient sur la cheville, puis sur la jambe. La marche augmentait l'enflure, le repos la diminuait. Il y a deux mois et demi qu'il est monté à l'Antiquaille ; là, on le pansa à l'eau phéniquée ; après sept semaines de séjour, pendant lesquelles le mal croissait toujours, le malade rentra chez lui, où il demeura huit jours. Pendant ce temps, l'enflure augmentait et une tumeur volumineuse sans changement de coloration à la peau s'était formée dans le pli de l'aîne droite. C'est dans cet état que le malade est entré à l'hôpital, le 20 novembre 1870.

La jambe est énorme depuis le pied jusqu'à l'aîne, parsemée de boutons noirâtres, abondants surtout au niveau du cou-de-pied et au-dessous de la tubérosité interne du tibia. Parmi ces boutons, il y en a à différentes périodes. Les plus nouveaux forment une petite tumeur dure, légèrement bleuâtre, indolente, sans trace d'inflammation.

D'autres plus avancées offrent une apparence globuleuse ; elles ont une teinte noire, la peau qui les recouvre est lisse, luisante. A mesure qu'elles se développent, elles revêtent une nouvelle apparence. Aussi elles semblent se pédiculiser, ou au moins elles adhèrent à la peau par un col rétréci ; elles sont posées là comme des champignons pourvus de pédicules allongées. Leur couleur se rembrunit ; elle devient bronzée ; l'épithélium se desquame. La fluctuation apparaît ou du moins elle devient molle et dépressible, mais élastique. Enfin elles s'ulcèrent sans devenir douloureuses, même au frottement qui provoque une effusion sanguine. L'ulcération du pied recouvre la

moitié de son étendue ; l'odeur qui s'en exhale est fétide. La tumeur inguinale est très douloureuse, surtout à la pression. Il y a encore une tumeur mélanique au niveau de la région sus-claviculaire. L'appétit est bon, la constipation est obstinée : il ne va guère à la selle qu'une fois par semaine. Il y a céphalalgie surtout au niveau de la région occipitale. Pas d'oppression, pas de fièvre. Potion calmante pansement au permanganate. Le 18 janvier, pneumonie métastatique due à la présence des masses sarcomateuses dans le poumon. Mort.

Autopsie. — Elle a confirmé le diagnostic.

OBSERVATION III

(Prise à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Sacerdos,
n° 30, le 26 février 1874).

Le nommé J. V..., né à Crémieu (Isère), cordonnier, âgé de soixante-deux ans ; il y a onze ans, après quelques mois de douleur pas très vive, apparut au gros orteil du pied gauche, et sous l'ongle, une petite tumeur grosse comme un grain de blé, qui ne tarda pas à le perforer et à saillir sous forme d'une petite masse bourgeonnante, saignant facilement, peu douloureuse.

Cette tumeur s'étendit peu à peu, en décollant l'ongle qui tomba deux ans après le début du mal.

Il y a deux ans, cet homme alla voir un médecin qui cautérisa à plusieurs reprises le point malade ; à partir de ce moment, le mal ne fit que s'accroître.

Actuellement, le gros orteil gauche est le siège d'une

vaste ulcération à sécrétion infecte, occupant la face dorsale. Elle est entourée par des tissus bourgeonnants exubérants, surtout à l'extrémité libre du doigt ; l'ongle a complètement disparu ; il n'y a pas beaucoup de douleur.

Un énorme ganglion crural.

Le 2 mars, amputation dans la continuité de la première phalange ; on trouve des points mélaniques assez considérables autour du périoste. Bandage silicaté, montant jusqu'à la partie moyenne de la jambe.

Le 5 mars, apparition d'un érysipèle au niveau d'un cautère siégeant à la moitié supérieure de la jambe gauche, et n'ayant pas été enfermé sous le bandage. Rien au niveau du point amputé. Le malade est envoyé à Saint-Martin.

Le 8 mars, l'érysipèle a atteint le pied et la plaie d'amputation.

Le 10 mars, il se forme un abcès dans le ganglion inguinal ; on l'ouvre et il en sort un pus mélanique.

Du 10 au 16 mars, l'érysipèle prend la forme phlegmoneuse et gangreneuse, envahit toute la moitié supérieure de la cuisse, les bourses, la fesse gauche. Débridements multiples.

Pansement au sulfate de fer.

Le 16 avril, le malade meurt. Pas d'autopsie.

OBSERVATION IV

(Hutchinson, *Transactions of the Path. soc. of London*, 1857.)

M. D..., femme de ménage, irlandaise, âgée de soixante ans, jouissant d'une bonne santé, se présenta, vers la

première moitié de 1855, au *Metropolitan Free Hospital*. Elle avait, au gros orteil du pied droit, un mal blanc qui la faisait souffrir depuis huit mois environ. Il avait été causé, nous a-t-elle dit, par un soulier qui la blessait. Une partie de l'ongle était déjà tombée et j'enlevais avec des ciseaux une portion considérable de tissu entièrement sphacélé. La matrice de l'ongle et les parties adjacentes étaient enflammées et très sensibles, mais on ne remarquait rien de plus que ce que l'on voit souvent dans cette affection très douloureuse, désignée sous le nom d'*onyxis*. Elle attendit ainsi dix mois, pendant lesquels elle usa de différentes sortes d'onguents, sans obtenir aucune amélioration. J'inclinai à attribuer l'état stationnaire de cet ulcère à ce que cette femme était obligée de se tenir continuellement debout.

Sa base alla en s'indurant et en se gonflant de plus en plus, et il me vint à l'idée que cet ulcère pourrait bien être syphilitique, la malade m'ayant avoué elle-même qu'elle avait eu la syphilis. J'essayai donc l'iodure de potassium à l'intérieur, mais il ne produisit aucun effet appréciable sur la plaie. A la fin, la malade se lassa d'attendre et je la perdis de vue pendant des mois.

En février 1857, elle se présenta de nouveau, son état n'ayant fait qu'empirer. L'orteil était considérablement élargi et il présentait des masses dures, bosselées, qui, bien que mal définies, paraissaient très suspectes.

L'ulcération de l'une de ces nodosités avait pris place au-dessus de la plaie produite par la chute de l'ongle.

L'ongle ne paraissait pas du tout vouloir se reproduire; la plaie, au contraire, était couverte de granulations d'un aspect livide et ne présentant aucune tendance à la cica-

trisation. La malade se plaignait alors que la douleur, qui avait toujours été considérable, avait tellement augmenté qu'elle lui ôtait le sommeil. C'était une douleur cuisante, lancinante. En examinant la cuisse, je trouvais vers sa partie moyenne, juste au-dessus des vaisseaux, mais s'étendant un peu en dehors, une tumeur molle, de la grosseur d'une petite pomme, qui, d'une part, était mobile sur les parties profondes, et, d'autre part, avait respecté la peau. La consistance de cette tumeur était exactement celle que j'avais remarquée habituellement dans le ganglion atteint de mélanose, et, ce qu'il y avait d'assez curieux, le siège était exactement celui que j'avais noté plusieurs fois dans les cas de mélanose ayant débuté par quelque région du pied. Les ganglions de l'aîne n'étaient pas augmentés de volume. Nous nous doutions alors un peu de la nature maligne de la maladie, et il fut décidé qu'on pratiquerait l'ablation. Après l'amputation, l'orteil nous laissa voir une masse du cancer mélanique et médullaire, infiltrant les tissus sous-cutanés au voisinage de la plaie. Dans certains points, le dépôt était complètement noir ; en d'autres points plus étendus, il n'était que légèrement coloré. Les ganglions enlevés à la cuisse étaient mélaniques seulement ; ils étaient ramollis par place et renfermaient un liquide épais et noir.

Les deux plaies guérirent complètement.

OBSERVATION V

(Communiquée par M. le professeur Augagneur.)

X..., cinquante-sept ans, cultivateur, habitant Chalon-

sur-Saône, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Louis. On ne trouve aucun antécédent pathologique à relever dans l'histoire de cet homme. Rien du côté de l'hérédité. Il portait, depuis l'enfance, au niveau de l'articulation phalango-phalangienne du gros orteil gauche, à la face plantaire et plus rapproché du bord tibial, un grain de beauté noirâtre, du volume d'un très petit pois.

Il y a dix-huit mois, il s'aperçut que ce grain de beauté s'était écorché sous l'influence des frottements dus à une chaussure un peu étroite. Cette excoriation s'étendit peu à peu, le grain de beauté augmenta de volume et prit une surface bourgeonnante. Le malade consulta alors un médecin qui fit sur la petite tumeur des cautérisations répétées avec le nitrate d'argent. La masse bourgeonnante qui n'avait jamais été plus grosse qu'un haricot s'affaissa peu à peu et la cicatrisation était complète après quelques semaines.

Mais, en même temps, survenait, dans la région inguinale du même côté, une tuméfaction pour laquelle le malade entre aujourd'hui à l'hôpital.

Je constate en effet dans la région inguinale gauche une tumeur du volume d'une tête de fœtus. Elle commence à un travers de doigt au-dessous de l'arcade crurale et s'étend plus sur le côté interne du membre, dans la direction du paquet vasculaire. Sa forme est à peu près régulièrement circulaire. A sa surface se montrent quelques bosselures dont plusieurs ont une teinte noire caractéristique. Au pourtour de quelques-unes de ces bosselures, la peau est un peu rouge, brillante, amincie, à la veille de s'ulcérer. Au toucher, je trouve que la tumeur est mobile en masse et seulement dans une certaine mesure

sur les parties profondes. La peau est adhérente à sa surface. Dans les points où la peau est amincie, on sent une fluctuation assez vague. La consistance générale du néoplasme est assez marquée; ce dernier est divisé en plusieurs lobes et lobules fortement réunis entre eux.

La douleur est nulle, soit au toucher, soit spontanément.

L'examen des autres régions nous offre quelques particularités à signaler. La fosse iliaque gauche contient quelques gangliens situés profondément et indolents.

Rien aux poumons ni à la colonne vertébrale.

Sur la face plantaire du gros orteil, dans le pli articulaire interphalangien, nous trouvons une petite cicatrice ayant 5 à 6 millimètres de long sur 1 de large. Elle est d'un noir très foncé, peu mobile sur les téguments voisins. C'est à cette place que s'élevait le grain de beauté signalé plus haut.

Les mouvements des articulations du gros orteil sont absolument libres.

Pas de ganglions appréciables dans le creux poplité.

L'état général est resté excellent.

Après quelques jours passés à l'Hôtel-Dieu, le malade retourne chez lui.

OBSERVATION VI

(Publiée par M. Richet, interne des hôpitaux.)

B... (Pauline), âgée de soixante-treize ans, salle Sainte-Agathe, lit n° 3, est entrée à l'hôpital pour une

affection du pied, qu'elle dit être une plaie ancienne, non cicatrisée du troisième orteil.

On constate une tumeur assez volumineuse, ulcérée, fongueuse et saignante. Elle donne lieu à des hémorragies et communique au linge qu'on y applique une odeur fétide.

Depuis le 28 août 1872, jusqu'au milieu de janvier 1873, la tumeur ne fit pas de progrès sensibles, mais l'état général s'aggrava considérablement et les ganglions de l'aîne devinrent volumineux, bosselés, faisant sous la peau une saillie noirâtre. D'une part, ils se prolongeaient sur une étendue de quelques centimètres à la partie interne de la cuisse; d'autre part, ils faisaient saillie au-dessus de l'arcade crurale, et on sentait comme une corde rigide assez douloureuse au toucher, corde qui se prolongeait dans l'abdomen.

L'état général devient de plus en plus grave. La peau prend une teinte jaune-paille caractéristique; elle est sèche et ichtyeuse. Les lèvres sont fuligineuses. La malade est dans un état d'assoupissement continu.

Cependant les facultés intellectuelles sont intactes et il n'y a pas de paralysie. Enfin la malade meurt le 1^{er} février dans le coma.

Autopsie. — La tumeur du pied est reconnue être un *sarcome mélanique*. On y trouve des cellules avec des noyaux multiples et des prolongements. Les cellules sont remplies de matière pigmentaire noirâtre sous la forme de granulations. Les noyaux noirs et ces granules pigmentaires très fins sont insolubles dans l'acide sulfurique.

Le quatrième orteil est en partie malade, mais le troisième orteil est détruit en entier.

On trouve dans tous les viscères, sauf dans l'estomac, des granulations noires plus ou moins volumineuses. Dans le *cerveau*, deux ou trois masses pigmentaires, grosses à peu près comme des noisettes et cinq ou six plus petites, surtout au niveau de la circonvolution du corps calleux. A la coupe du cerveau, on trouve, de distance en distance, des petits points noirs, gros comme des têtes d'épingles. Il y en a dans le cervelet, mais il en manque dans la protuberance et le bulbe.

Le *foie* surtout présente des particularités remarquables. Il est très gros, comme truffé par des masses mélaniques, mais elles ne sont pas toutes noires. Dans l'épaisseur du foie, on en rencontre de petites, cartilagineuses, qui donnent au foie tout entier une consistance très ferme.

Examinées au microscope, les tumeurs sont reconnues être des sarcomes avec noyaux et granulations pigmentaires, mais moins abondantes.

On a constaté aussi que, dans les corps des vertèbres lombaires, il y avait des granules pigmentaires.

OBSERVATION VII

(Observée par Follin, rapportée par Gorju.)

M. Follin eut l'occasion de voir un cancer mélanique récidivé chez une femme; la tumeur primitive avait été méconnue; elle siégeait au niveau du bord interne du gros orteil. Le chirurgien qui soignait alors la malade, croyant avoir affaire à une variété d'ongle incarné, avait fait plusieurs cautérisations successives qui avaient été rapidement suivies de la guérison.

M. Follin, averti de cette circonstance et se rappelant un cas précédent, examina la cicatrice et la trouva infiltrée de matière mélanique; il put alors diagnostiquer sûrement la nature de la tumeur récidivée.

OBSERVATION VIII

(Ozenne, in *Bulletin de la Société anatomique*, t.V, p. 176, 1880, Paris.)

Le 25 février 1880, M. Dumontpallier fait passer à la salle Saint-Jean, service de M. Pollaillon, la nommée B..., âgée de vingt-sept ans.

Les renseignements consignés dans le début de l'observation sont dus à l'obligeance de notre collègue M. Bernard. La malade est amenée dans le service de M. Dumontpallier le dimanche 8 février dans l'après-midi. Elle est plongée dans le coma. Le thermomètre dans l'aisselle marque 38 degrés et le pouls bat 80 fois par minute. Il n'existe aucune lésion appréciable de l'utérus, du rectum, du cœur et des poumons. Une tumeur mélanique est constatée sur le bord interne du pied droit.

Les renseignements donnés sur le passé de la malade sont à peu près nuls. Une personne affirme l'avoir remarquée prendre avec plaisir des liqueurs alcooliques. Aucun renseignement certain n'a été fourni sur l'origine de la tumeur qu'elle portait au pied.

A la visite du 26 février, on constate :

Au niveau du premier métatarsien du côté droit, une tumeur du volume d'une grosse noix. Développée aux dépens de la peau, qui est mobile sur l'os sous-jacent, elle

offre une ulcération arrondie, de la largeur d'une pièce de 1 franc, bourgeonnante, noirâtre, à fonds inégal et entourée d'un bourrelet cutané induré. Elle ne semble réveiller aucune douleur à la pression. Autour de la tumeur se voient plusieurs nodosités, dures, arrondies, mobiles, du volume d'une noisette et développées sous la peau, dont la transparence et l'amaigrissement sont tels qu'elle laisse apercevoir leur couleur noire. Sur le trajet des cordons lymphatiques qui accompagnent la veine saphène interne, on compte une dizaine de petites masses de même volume que les premières et offrant les mêmes caractères, sauf la coloration qui n'existe pas.

Dans la région de l'aîne, les ganglions présentent un volume assez considérable. Dans les téguments de la poitrine, on sent un certain nombre de petites nodosités analogues aux autres. Sur le membre inférieur gauche, sur les membres supérieurs et sur la face, il n'en existe aucune. Le cœur, les poumons fonctionnent sans aucune altération. La vue est normale. Le toucher vaginal et rectal sont négatifs. Dans les membres inférieurs, un peu de faiblesse, mais pas de paralysie, ni de contractures. La malade garde un silence absolu. Elle regarde l'interrogateur sans répondre ou, à intervalles éloignés, elle ouvre la bouche pour répéter vivement la demande en dénaturant le sens, mais sans accompagner de réponse. Elle est aphasique.

M. Polaillon porte le diagnostic de mélano-sarcome du pied. Tumeur cérébrale de même nature. La généralisation contre-indiquait toute intervention chirurgicale. La malade reste dans le même état une dizaine de jours et succombe dans le marasme.

Examen histologique : Tumeurs présentant tous les caractères du mélano-sarcome.

OBSERVATION IX

(Lanceraux et Dubreuil, *Mémoires de la Société de Biologie*, 1861, p. 111.)

P... J.-B., cordier, âgé de cinquante et un ans, né à Paris, entré à la Pitié, service de M. Maisonneuve, salle Saint-Louis, n° 19.

Ce malade portait à la partie interne du talon gauche une tumeur noire, peu saillante au-dessus du niveau des téguments, et survenue dans les circonstances suivantes.

Un clou de sa chaussure l'avait blessé. La cicatrisation avait d'abord paru se faire, mais un peu plus tard, une petite tumeur noire s'était manifestée au même endroit. Elle avait persisté et, vers le mois de janvier 1860, elle avait atteint la grosseur d'une noisette.

A la fin de février, le malade s'adressa à M. Laffore, médecin des Quinze-Vingts, qui vit qu'il avait affaire à une petite tumeur mélanique. Il la toucha succesivement avec la pierre infernale, avec le perchlorure de fer. Les douleurs étaient modérées, et P... put continuer son travail jusqu'au milieu du mois de mars.

A cette époque, un engorgement ganglionnaire se manifesta dans la région inguinale, au milieu de l'embouchure de la saphème.

Il a persisté et s'est accru depuis.

Plusieurs fois de petites hémorragies avaient eu lieu à la surface de l'ulcère.

Rien de relatif à la diathèse cancéreuse dans les antécédents.

À l'entrée du malade à l'hôpital, nous avons constaté à la partie interne du talon gauche la présence d'une tumeur ayant à peu près la dimension d'une noix ; elle était indurée à la circonférence et colorée en noir.

Dans la région inguinale du même côté existait l'engorgement ganglionnaire déjà signalé ; en déprimant les parties molles au niveau de l'arcade de Fallope, on sentait plusieurs autres ganglions également engorgés.

Vers le 30 mai, on remarqua qu'il existait autour de la plaie des dépôts mélaniques du volume d'une tête d'épingle. Ils étaient arrondis, saillants au-dessous de la peau, et ne s'étendaient alors qu'à une petite distance du siège primitif du mal.

Depuis cette époque, le dépôt de mélanose a continué à se faire avec une remarquable intensité. Le nombre des tumeurs s'est accru en même temps que leur volume, et, le 21 juin, le malade était dans l'état suivant : la tumeur avait acquis le volume d'une petite pomme ; elle était ulcérée, présentait une coloration noirâtre et laissait suinter un ichor sanieux fétide.

Inférieurement, l'ulcère s'étendait jusqu'à la plante du pied ; supérieurement, il était surmonté d'une foule de tumeurs mélaniques.

Ces tumeurs, en très grand nombre, ont envahi la face interne de la jambe correspondante. Les plus élevées remontaient jusque vers le milieu de la hauteur du mollet. D'autres se voyaient à la face plantaire du pied jusqu'à son tiers antérieur ; d'autres, enfin, occupaient la face interne du talon. Toutes sont parfaitement noires,

situées superficiellement dans l'épaisseur de la peau ; leur volume est d'autant moindre qu'elles s'éloignent davantage du siège primitif de l'affection.

Les ganglions de la région inguinale, aussi bien ceux de l'embouchure de la saphène que les ganglions inguinaux profonds, continuent à s'accroître. Ceux de l'embouchure de la saphène font une saillie très marquée au-dessous des téguments. Leur teinte est noirâtre par place ; dans les mêmes points ils sont ramollis. Les lymphatiques afférents forment un cordon noueux du volume d'une plume d'oie qui se perd vers le milieu de la face interne de la cuisse.

Amaigrissement du malade, avec teinte jaune paille.

Le 15 juin, il s'est aperçu qu'il portait à la face dorsale de la phalangine de l'annulaire gauche une granulation mélanique du volume d'une tête d'épingle. Quelques jours plus tard on remarque une granulation analogue au côté externe de l'avant-bras droit.

Le 21 juin, facies coloré et bon appétit conservé. Depuis quatre jours le malade ne peut dormir.

Le 11 juillet, progrès rapides de l'affection. Les tumeurs voisines de l'ulcère ont acquis le volume d'une noix et se sont confondues en une masse unique.

Elles forment à la face interne du talon une masse noire, épaisse, bosselée.

Exsudation sanguine assez abondante, entraînant une notable quantité de mélanose.

Le 17 juillet, le talon a pris à un haut degré l'aspect fongueux et saignant.

Tumeur du volume d'un poing.

Sur le trajet d'un cordon noueux qui va se perdre dans

les ganglions de l'embouchure de la saphène à la face interne de la jambe et de la cuisse, on aperçoit de petites tumeurs mélaniques.

Le 20 juillet, vomissements la nuit dernière sans coloration noirâtre.

Plaques rouges angioleucitiques disséminées à la face interne de la cuisse et de la jambe.

Le 20 août, mort.

Examen histologique : Tumeurs présentant tous les caractères de mélanosarcome.

OBSERVATION X

(Eichhorst, in *Dissert inaug.*, Halle, 1876.)

Une femme de trente-six ans avait été blessée dix ans auparavant par un clou qui avait pénétré dans la plante du pied. Il se forma chez elle, au niveau du scaphoïde, une tumeur à marche rapidement envahissante. Les douleurs devinrent violentes, les pieds rouges, oedématiés, la face plantaire effacée. La tumeur était fluctuante, mais une incision démontra l'absence du pus et l'on dut pratiquer l'amputation de la cuisse. A l'autopsie du membre, on trouva du côté de la plante du pied une tumeur du volume du poing qui englobait les tendons du grand fléchisseur. Elle avait envahi l'aponévrose plantaire, les ligaments interosseux et dorsaux et avait pénétré dans plusieurs articulations. Il s'agissait d'un mélanosarcome fasciculé.

OBSERVATION XI

(Prise à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Sacerdos, dans le service de M. le professeur Ollier, en 1878.)

Il y a trois ans, le nommé B., forgeron de son état, âgé de quarante-six ans, reçut au pied droit une parcelle de fer rouge. La brûlure, très superficielle comprenait seulement l'épaisseur de la peau et présentait environ la largeur d'une pièce de 50 centimes. Pendant trois mois, la surface brûlée conserva un aspect noirâtre sans que le malade éprouvât aucune douleur. Au bout de ce temps, il se forma deux petites excroissances charnues de chaque côté de la surface brûlée ; ces petites verrues de la grosseur d'un pois présentaient une coloration bleu foncé tirant sur le noir. Elles ne tardèrent pas à se développer et aujourd'hui on constate une tumeur de la grosseur d'un œuf, occupant le bord interne du pied ; la base est un peu rétrécie, de telle sorte que la tumeur paraît un peu pédiculée, la surface est bosselée, inégale et recouverte d'écailles épidermiques. Sur le bord antérieur, on aperçoit une petite portion indépendante du corps de la tumeur ayant le volume d'un gros pois et présentant une coloration noire très foncée.

Le malade se plaint d'une douleur lancinante, surtout après une journée de fatigue. Quelques ganglions hypertrophiés dans l'aîne correspondante ; on ne peut en sentir dans le creux poplité. L'état général du malade est excellent.

On a pratiqué l'ablation de la tumeur à l'aide d'une incision circulaire. Silicate, pas de réaction. Le malade va très bien. Quelque temps après on a enlevé le silicate. En enlevant le bandage on constate une plaie bourgeonnante parfaitement rose. Cautérisation des bourgeons saillants au nitrate d'argent. Les ganglions cruraux n'ont pas augmenté de volume et ne sont pas douloureux.

OBSERVATION XII

(Due à l'obligeance de M. Gangolphe.)

X..., homme âgé de cinquante-six ans, vigoureux sans antécédents spéciaux, cultivateur, entre dans la salle Saint-Louis dans le courant du mois de janvier 1896, présentant une tumeur de la grosseur d'un petit œuf située à la face plantaire et externe du pied, un peu au-dessous de la saillie du cinquième métatarsien.

Cette tumeur paraît être formée aux dépens de la peau ; elle est mobile sur le plan sous-jacent, d'aspect violacé noirâtre. Elle présente une légère ulcération à son centre. Le malade affirme qu'elle date de dix ans, qu'elle est restée très longtemps petite et qu'il n'en éprouvait du reste aucune gêne. C'est seulement depuis qu'elle est excoriée qu'elle a grossi et devenue un peu douloureuse et surtout gênante. L'examen montre de volumineux ganglions au pli de l'aîne non douloureux ; rien d'anormal du côté des différents organes.

Le diagnostic sarcome mélanique est posé, et M. Gangolphe fait la désarticulation tibio-tarsienne par le procédé de Sims-Ollier, c'est-à-dire avec conservation du

périoste calcanéen, section du plateau tibial, ténotomie du tendon d'Achille et suture des tendons extenseurs au lambeau plantaire. Ablation des ganglions inguinaux, réunion immédiate.

Dix jours après, le malade peut saluer du moignon. L'état général est très satisfaisant. Des renseignements ultérieurs nous apprirent que ce malade, sorti rapidement guéri de l'hôpital et en bonne santé, allait succomber une dizaine de mois après l'opération à la cachexie cancéreuse sans qu'il eût des récidives locales ou inguinales.

P.-S. — L'examen histologique de la tumeur a confirmé le diagnostic, nous démontrant qu'on se trouvait bien en présence d'une tumeur mélanique.

OBSERVATION XIII

(Due à l'obligeance de M. Gangolphe.)

V..., âgé de quarante ans, homme vigoureux, syphilitique depuis sept ans sans autres antécédents particuliers à noter, entre le 20 février 1894 dans le service de M. Gangolphe, pour se faire examiner à propos d'une tumeur de la grosseur d'un pois, développée aux dépens de la peau de la face externe de la région calcanéenne presque à la région plantaire. La tumeur présentait une coloration violacée ; elle était un peu douloureuse, non ulcérée ; elle daterait tout au plus de quatre à cinq mois.

Le malade ne présentait pas de ganglions inguinaux. L'état général est excellent. M. Gangolphe porte le diagnostic de sarcome mélanique et pratique une large abla-

tion, qui a laissé une plaie qu'il n'était pas possible de réunir complètement.

Guérison rapide. Le malade allait très bien lorsque, deux ans plus tard, il présenta des signes de paralysie générale nécessitant son entrée dans une maison de santé.

Il succomba rapidement au bout de quatre à cinq mois, sans avoir présenté des signes de cachexie et de généralisation cancéreuse. L'examen microscopique approuva le diagnostic porté.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous ne nous occuperons, dans ce chapitre, que de l'anatomie pathologique de la variété mélanique des sarcomes qui ne sont autre chose que des sarcomes à la fois fusos et globocellulaires dont les cellules sont envahies par des granulations spéciales.

On n'est pas fixé sur leurs caractères chimiques, ni sur l'origine de leur matière colorante à laquelle on a donné le nom de mélanine. On tend à attribuer l'origine du pigment à l'activité du protoplasma cellulaire.

D'après les statistiques de Cornil et Trasbot, le sarcome mélanique prend le plus souvent son point de départ dans la peau ou le globe oculaire.

Ce qui le caractérise des autres variétés, c'est sa coloration qui peut être quelquefois uniforme et communiquer à la tumeur une teinte noire et d'autres fois partielle et irrégulière.

Ce genre de tumeurs ne reste pas encapsulé. En effet, la plupart du temps on peut observer qu'à distance d'une tumeur à limites précises, l'existence d'éléments morbides sont reconnaissables à leur coloration.

Les ganglions lymphatiques sont très souvent envahis, tandis que dans les autres variétés l'envahissement est exceptionnel. Le tissu des ganglions se montre chargé de pigment comme la tumeur primitive.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC¹

Nous nous sommes assez étendu sur la symptomatologie pour ne pas insister longuement sur le diagnostic.

En effet, au commencement de la symptomatologie nous avons exposé les différents signes inconstants qu'on observe au début, d'apparence tout à fait secondaire et qui peuvent détourner l'attention du malade et du médecin. Par là les difficultés parfois insurmontables du diagnostic au début.

Mais, à une période plus avancée, quand une ulcération apparaît et surtout quand elle prend naissance sur un nævus pigmentaire, ou à la suite d'une plaie qui s'est formée lentement après ablation d'un durillon qui laisse à sa place des bourgeons charnus ayant tendance à faire saillie au-dessus des téguments et présenter un aspect pigmentaire par place violacé ou noirâtre, l'idée vient à l'observateur qu'il se trouve en présence d'un sarcome qui, dans la région qui nous occupe, a très souvent tendance à revêtir la forme mélanique.

Nous tâcherons cependant de faire la différenciation

¹ Gaillard, thèse Lyon, 1882.

entre les autres productions néoplasiques ou inflammatoires qui peuvent siéger dans la région du pied.

Très souvent les différentes variétés d'onyxis peuvent être facilement confondues avec l'ulcération du sarcome mélanique, mais nous rappellerons que l'apparition de l'onyxis est signalée par de la rougeur et du gonflement des téguments, ainsi que des douleurs qui vont en augmentant au fur et à mesure du développement de la maladie; tandis qu'on observe ordinairement l'inverse dans le cas que nous étudions. On peut voir l'ulcération et la tuméfaction mélanique s'accroître sans douleur.

Une autre variété d'onyxis se rencontre dans la période secondaire de la syphilis; elle consiste dans une ulcération creuse avec des bords découpés et entaillés. Si plus tard les fongosités se développent au point de former une sorte de tumeur, celle-ci est plus molle que le sarcome, et la douleur très vive. Les antécédents et les autres manifestations syphilitiques fournissent des indications précieuses.

On rencontre aussi des gommés syphilitiques dans la période tertiaire, mais elles n'ont pas la tendance à devenir exubérantes. Encore les autres manifestations syphilitiques ainsi que l'iodure nous serviront de guide.

Il nous reste maintenant à examiner les caractères qui pourraient nous permettre de distinguer entre elles les différentes tumeurs malignes du pied.

L'épithéliome est une affection très rare; le fond de l'ulcère est très irrégulier et anfractueux, ses bords se montrent sous forme de bourrelets saillants, et présentent une induration et un décollement que l'on ne retrouve pas dans les autres variétés de cancers.

Quant au carcinome, il est excessivement rare, puisque M. Gaillard, dans sa thèse inaugurale, n'en cite qu'un seul cas.

Au point de vue du pronostic, tous les auteurs s'accordent en effet à considérer le sarcome mélanique d'une extrême malignité par sa grande tendance à se généraliser.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Avant d'exposer les indications opératoires et la conduite que le chirurgien doit tenir, nous devons indiquer les résultats du traitement médical qu'on a institué ces dernières années pour ce genre de néoplasmes.

La médication la plus fréquemment employée est l'administration de la solution arsénicale de Fowler. Lasser, de Berlin, a remarqué un cas de mélanome ayant disparu sous l'influence de l'administration de la liqueur de Fowler.

A cette observation il convient d'ajouter celle toute récente du Dr Sampter, se rapportant à un sarcome relativement volumineux qui a guéri complètement par l'usage prolongé de l'acide arsénieux en pilules.

On est cependant très peu convaincu de cette action bienfaisante de l'arsenic et on se demande avec Esmarch si réellement on avait affaire à des productions sarcomateuses ou à de simples syphilomes ou tuberculomes. C'est dans la variété de sarcomatose primitive généralisée du type Kaposi, qui se présente sous forme de masses pigmentées, violacées, isolées ou confluentes, et qui ne sont

pas du tout justifiables d'une intervention chirurgicale, qu'on a préconisé la médication arsénicale.

Nous devons signaler aussi la médication de la sérothérapie dans le traitement des tumeurs, qu'on a essayé ces dernières années.

Dans un article du *Bulletin médical* (1894), Reclus, Pinard et d'autres encore ont étudié les effets de la sérothérapie. D'après leurs observations, au nombre d'une cinquantaine, on peut voir que les douleurs diminuent, les ulcérations s'améliorent, l'évolution de la maladie s'arrête. Mais ils ajoutent plus bas que cette amélioration ne va pas jusqu'à la guérison.

Quant au traitement chirurgical, qui est absolument indiqué dans les autres types des sarcomes, il est contre-indiqué, pour la variété mélanique surtout, à une période de la maladie où le diagnostic a été fait seulement à l'apparition de la tuméfaction et au commencement de la généralisation. En effet, nous avons vu dans nos observations que les sarcomes mélaniques évoluent comme les pires des cancers et que l'extirpation n'arrête pas la récurrence et la généralisation qui sont presque immédiates.

Busch a même incriminé le bistouri comme hâtant la généralisation et la récurrence. Cependant, avec la plupart des chirurgiens, nous ne pouvons pas nous ranger à cette doctrine absolue et nous pensons qu'à une période de la maladie assez précoce, avant l'apparition manifeste de la tumeur et le moindre signe de la généralisation, on pourrait intervenir en ne pratiquant pas des exérèses économiques, mais en portant le bistouri le plus loin possible de la lésion, se conformant à l'axiome de M. le professeur Ollier toutes les fois qu'il s'agit de néoplasmes malins,

que « la chirurgie la plus conservatrice est celle qui enlève le plus ».

C'est en agissant ainsi que M. Gangolphe a obtenu la guérison et évité la récurrence de son malade (obs. XIII), qui est mort deux ans après l'intervention par suite d'une paralysie générale.

CONCLUSIONS

I. Les sarcomes mélaniques du pied reconnaissent fréquemment pour origine une action traumatique.

II. Constituées au début par une petite tumeur, ces lésions peuvent rester pendant de nombreuses années sans s'accroître ni présenter des signes spéciaux de malignité.

III. Leur généralisation est la règle, elle paraît concorder avec un accroissement assez rapide de la tumeur et son ulcération.

IV. Comme dans les autres tumeurs malignes, l'appareil lymphatique est le siège d'envahissement secondaire, souvent énorme et disproportionné avec la tumeur primitive. Chose singulière, les organes (œil) qui sont fréquemment le siège des tumeurs mélaniques primitives, ne sont pas envahis en cas de généralisation.

V. Le pronostic à cette période paraît fatal, quelque large que puisse être l'intervention.

VI. L'intervention hâtive ne s'impose, dans tous les

cas de tumeur mélanique du pied, qu'à la condition absolue de se tenir à une grande distance de la lésion, de ne pas porter le bistouri ou la pince, afin d'éviter les inoculations *in situ*. Nous pensons que c'est le seul moyen de mettre le malade à l'abri de la généralisation.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LAROYENNE.

Vu :

LE DOYEN
LORTET.

Vu, et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,
G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- KAPOSI, Soc. imp. roy. de médec. de Vienne, 1895.
NEPVEU, Bulletin de la Société de biologie, 1872.
PERRIN, De la sarcomatose cutanée.
CORNIL et TRASBOT, Mémoire de l'Acad. de méd., 1868.
DECHAMBRE, Dict. de méd. et de chir. pratiques.
LEBERT, Physiologie pathologique, 1845.
DUPLAY et RECLUS, Grand traité de chirurgie.
DAVILLÉ, De l'épithélioma des orteils (th. Paris, 1880).
LANGERAUX et DUBREUIL, Mémoires de la Soc. de biol., 1861.
GAILLARD, Cancer des orteils (th. Lyon, 1882).
FOLLIN et DUPLAY, Path. externe.
FORGUES et RECLUS, Thérapeutique chirurg., 1898.
BARD, Anatomie pathologique.
Bulletins de la Société anatomique de Paris.
HALLE, Dissert. inaug., 1876.
Semaine médicale, 1894.
Bulletin médical, 1894.

TABLE

INTRODUCTION.	5
CHAPITRE PREMIER. — Etiologie	7
— II. — Symptomatologie.	9
— III. — Observations.	13
— IV. — Anatomie pathologique.	35
— V. — Diagnostic et pronostic.	37
— VI. — Traitement	40
CONCLUSIONS.	43
BIBLIOGRAPHIE	45

